Canada Communicable Disease Report ✦ Relevé des maladies transmissibles au Canada

CCDR·RMTC

15 January 2003 • Volume 29 • Number 2 | le 15 janvier 2003 • Volume 29 • Numéro 2

ISSN 1188-4169

Contained in this issue:

- *Tuberculosis in Canada 2000*: Executive Summary · · · · · 9
- Tuberculosis among the foreign-born in Canada · · · · · 10
- Notifiable Diseases Summary · · · · · 17
- Erratum · · · · · 19
- Announcement · · · · · 19

Contenu du présent numéro :

- *La tuberculose au Canada 2000* : Sommaire · · · · · 9
- La tuberculose chez les Canadiens nés à l'étranger · · · · · 10
- Sommaire des maladies à déclaration obligatoire · · · · · 17
- Erratum · · · · · 19
- Annonce · · · · · 19

TUBERCULOSIS IN CANADA 2000: EXECUTIVE SUMMARY

In 2000, 1,694 cases (5.5 per 100,000) of new active and relapsed TB were reported to the Canadian Tuberculosis Reporting System (CTBRS). The highest rate, of 61.1 per 100,000, was reported in the northern region (Yukon Territory, Northwest Territories and Nunavut). The incidence was lowest in the Atlantic region (Nova Scotia, New Brunswick, Prince Edward Island, Newfoundland and Labrador), at 1 per 100,000. The three most populous provinces (Ontario, Quebec and British Columbia), which collectively make up 75% of Canada's population, accounted for 75% of the total reported cases.

By age group, individuals between the ages of 25 and 34 years made up the largest number of reported cases, accounting for 18% of the total. However, the corresponding case rate of 7.0 per 100,000 for this age group was surpassed by the age-specific rates of 9.3 and 14.2 per 100,000 among those in the older age groups of 65 to 74 years and > 74 years respectively.

Tuberculosis incidence continues to be highest among the foreign-born population. In 2000, the foreign-born represented 18% of the Canadian population but accounted for 65% of all reported TB cases in Canada. Canadian-born Aboriginal peoples constituted 4% of the overall population, whereas reported cases of TB in this group accounted for 18% of the disease burden. Canadian-born non-Aboriginal cases accounted for 15% of reported cases, and birthplace was unknown for 1% of cases.

Respiratory TB was the most frequently reported main diagnostic site, representing 67% of reported cases in 2000. Diagnostic site varied by birthplace. Tuberculosis of the peripheral lymph nodes was the second most commonly reported diagnostic site (15%), and 38% of these cases occurred in foreign-born individuals who originated in the World Health Organization's Western Pacific Region. Primary TB accounted for 6% of reported cases and was more common among Canadian-born Aboriginal peoples.

Of the 1,694 reported cases, 1,568 (93%) were laboratory confirmed. Of the 1,067 pulmonary cases, 52% were smear (microscopy) positive and 86% were culture positive (Figure 1).

LA TUBERCULOSE AU CANADA 2000 : SOMMAIRE

En 2000, 1 694 nouveaux cas (5,5 pour 100 000) de tuberculose active et de rechute ont été signalés au Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT). C'est dans la région du Nord (territoire du Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut) que le taux était le plus élevé (61,1 pour 100 000). L'incidence de la tuberculose était par ailleurs la plus faible dans la région de l'Atlantique (Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador), soit 1 pour 100 000. Les trois provinces les plus populeuses (Ontario, Québec et Colombie-Britannique), qui regroupent 75 % de la population canadienne, ont signalé 75 % de tous les cas.

Le plus grand nombre de cas par âge a été enregistré chez les personnes de 25 à 34 ans, soit 18 % de l'ensemble. Le taux correspondant de 7,0 pour 100 000 dans ce groupe d'âge était surclassé par le taux par âge de 9,3 pour 100 000 chez les personnes de 65 à 74 ans et de 14,2 pour 100 000 chez celles de > 74 ans.

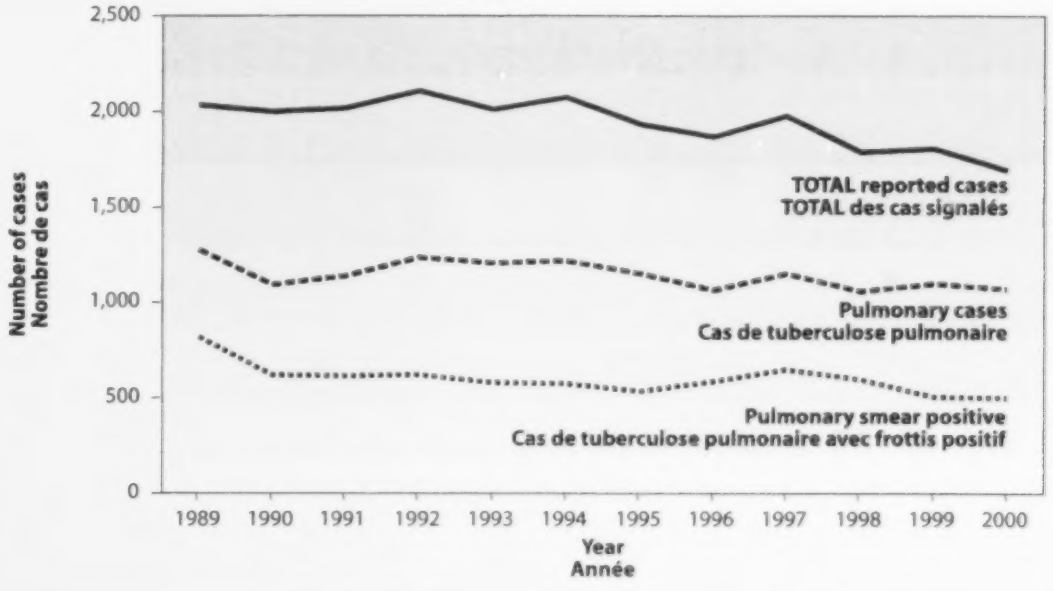
L'incidence de la tuberculose continue d'être la plus élevée chez les personnes nées à l'étranger. En 2000, ces dernières représentaient 18 % de la population canadienne alors qu'on retrouvait parmi elles 65 % de tous les cas de tuberculose signalés au Canada. Même si les Autochtones nés au Canada ne constituaient que 4 % de la population en général, 18 % des cas de tuberculose ont été recensés dans ce groupe. Parmi les cas déclarés, 15 % étaient des non-Autochtones nés au Canada et dans 1 % des cas, on ignorait le lieu de naissance.

La tuberculose respiratoire était la localisation la plus souvent signalée, étant à l'origine de 67 % des cas déclarés en 2000. La localisation variait selon le lieu de naissance. La tuberculose des ganglions périphériques était la deuxième localisation en importance (15 %), 38 % de ces cas étant survenus chez des personnes nées dans la région du Pacifique occidental de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La tuberculose primaire était responsable de 6 % des cas signalés et constituait la forme la plus fréquente chez les Autochtones nés au Canada.

Au total, 1 568 des 1 694 cas déclarés (93 %) ont été confirmés en laboratoire. Parmi les 1 067 cas de tuberculose pulmonaire, 52 % ont été confirmés par un frottis (microscopie) et 86 % par une culture (figure 1).

2007-02162/

Figure 1. Pulmonary smear positive tuberculosis cases – Canada: 1989-2000
Figure 1. Cas de tuberculose pulmonaire avec frottis positif – Canada, 1989-2000



Overall, 1,387 cases of the total number reported in 2000 were culture positive. Of these, 89% had no resistance to TB drugs, 7.8% were resistant to one drug, and the remaining 2.9% showed patterns of resistance to two or more of the drugs prescribed. The most common type of mono-resistance was resistance to isoniazid (INH), accounting for 41.6% of all reported resistance. Multi-drug resistant TB (defined as resistance to INH and rifampin) accounted for < 1% of the positive cultures reported.

Of the 1,806 cases reported in 1999, treatment outcome data were reported for 777, of which 651 cases (84%) were reported as being culture negative or as having completed treatment. The majority of individuals receiving TB drug therapy in Canada (85%) were treated with three or more anti-tuberculosis drugs.

TUBERCULOSIS AMONG THE FOREIGN-BORN IN CANADA

Overview

From 1970 to 2000, the number of annual cases of tuberculosis (TB) among the foreign-born in Canada did not increase substantially. However, there was a significant increase in the proportion of all cases of TB attributable to foreign-born individuals. The incidence of the disease is highest in the first few years of arrival in the country, but TB continues to be diagnosed for many years afterwards.

Methods

TB case data reported to the Canadian Tuberculosis Reporting System (CTBRS) from 1970 to 2000 were examined. The reporting system is designed to capture information on every new active or relapsed case of TB occurring in Canada in all provinces and territories. Cases within the CTBRS meet the *Canadian Tuberculo-*

Sur l'ensemble des cas déclarés en 2000, 1 387 ont été confirmés par une culture. De ce nombre, 89 % ne présentaient aucune résistance aux antituberculeux, 7,8 % étaient résistants à un médicament et les 2,9 % restants affichaient une résistance à deux ou à plusieurs des médicaments prescrits. Le type le plus fréquent de monorésistance était la résistance à l'isoniazide (INH), qui était à l'origine de 41,6 % de tous les cas de résistance signalés. Dans < 1 % des cultures positives on a détecté une tuberculose multirésistante (définie comme une résistance à l'INH et à la rifampicine).

Les données sur les résultats des traitements ont été consignées pour 777 des 1 806 cas déclarés en 1999. De ce nombre, 651 (84 %) avaient obtenu un résultat négatif à la culture ou avaient terminé leur traitement. La majorité des personnes traitées par des antituberculeux au Canada (85 %) avaient reçu trois antituberculeux ou plus.

LA TUBERCULOSE CHEZ LES CANADIENS NÉS À L'ÉTRANGER

Aperçu

Entre 1970 et 2000, le nombre de cas annuels de tuberculose chez les Canadiens nés à l'étranger n'a pas beaucoup progressé. On a cependant observé une importante augmentation de la proportion de cas de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger. L'incidence de la maladie est la plus élevée durant les premières années au pays, mais des cas continuent d'être diagnostiqués bien des années après l'arrivée au Canada.

Méthodologie

Nous avons examiné les données concernant les cas de tuberculose signalés de 1970 à 2000 au Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT). Le système de déclaration est conçu pour recueillir de l'information sur tous les nouveaux cas actifs et les cas de rechute de tuberculose diagnostiqués au Canada dans toutes les provinces et tous les

sis *Standards* case definition[1]. The case report collects information on selected demographic characteristics, including origin. Origin for this report is defined as foreign-born (using World Health Organization [WHO] regions)[2], Aboriginal, and Canadian-born non-Aboriginal. If a case report did not include information regarding origin it was excluded from analysis.

Results

Overall

The percentage of total cases reported among the foreign-born in Canada has increased substantially since 1970: from 1970 to 2000 it increased from 18% of all cases reported to 65% (Figure 1). The incidence of disease and the total number of cases reported among the foreign-born have shown no appreciable increase (Figures 2 and 3). The number of cases in this population has increased by approximately 2% per year.

Overall, the incidence of disease is highest in this population within the first few years of arrival in Canada (Figure 4). In 2000, the TB incidence among all foreign-born individuals was 19.5 per 100,000.

Of the foreign-born TB cases reported in 2000, 10% developed active TB within the first year of arrival, 17% within 2 years and 35% within 5 years. Although a significant proportion of TB in the foreign-born is diagnosed within the first 5 years of arrival, cases continue to be reported for many years afterwards, dropping at a rate of approximately 10% a year (Figure 5).

territoires. Les cas signalés au SCDCT répondent à la définition de cas des Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse[1]. Le rapport de cas contient des renseignements sur certaines caractéristiques démographiques, dont l'origine ethnique. Aux fins du présent rapport, l'origine ethnique est classée selon les catégories suivantes : né à l'étranger (d'après les régions de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS])[2], Autochtone, et non-Autochtone né au Canada. Nous avons exclu de l'analyse les cas dont l'origine ethnique était inconnue.

Résultats

Résultats globaux

Le pourcentage de cas totaux signalés chez les personnes nées à l'étranger au Canada a augmenté considérablement depuis 1970 : de 1970 à 2000, la proportion de cas de tuberculose est passée de 18 % à 65 % de tous les cas signalés (figure 1). L'incidence de la maladie et le nombre total de cas recensés chez les personnes nées à l'étranger n'ont pas progressé de façon notable (figures 2 et 3). Le nombre de cas dans cette population a crû d'environ 2 % par année.

En général, l'incidence de la maladie dans cette population est la plus forte dans les premières années qui suivent l'arrivée au Canada (figure 4). En 2000, l'incidence de la tuberculose chez toutes les personnes nées à l'étranger s'élevait à 19,5 pour 100 000.

Parmi les cas de tuberculose nés à l'étranger qui ont été signalés en 2000, 10 % ont développé une tuberculose active dans la première année qui a suivi leur arrivée, 17 % dans les 2 premières années de résidence et 35 % dans les 5 premières années. Bien qu'une proportion importante de cas de tuberculose nés à l'étranger soient diagnostiqués dans les 5 premières années suivant leur arrivée, des cas continuent d'être signalés bien des années après l'arrivée au pays, leur nombre baissant d'environ 10 % par année (figure 5).

Figure 1. Proportion of TB cases in Canada by origin, 1970–2000

Figure 1. Proportion de cas de tuberculose au Canada selon l'origine, 1970–2000

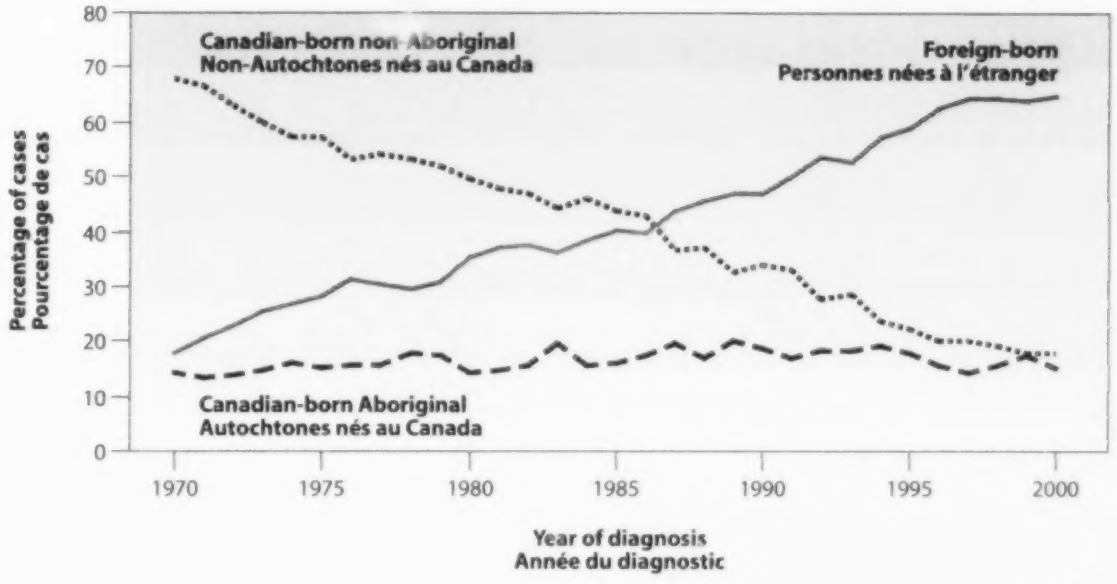


Figure 2. TB incidence in Canada, 1980–2000

Figure 2. Incidence de la tuberculose au Canada, 1980–2000

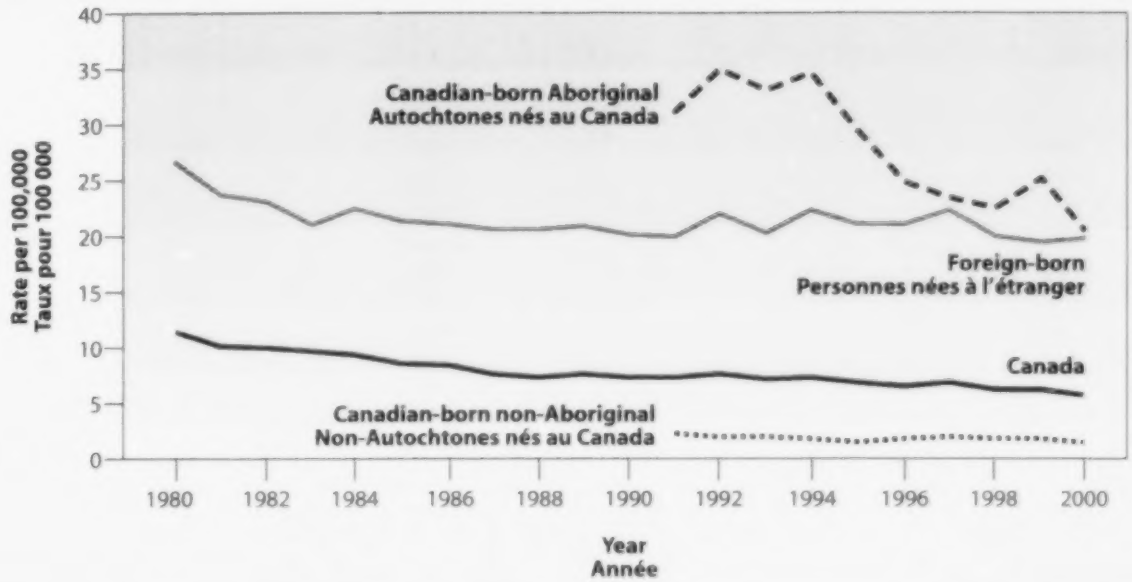
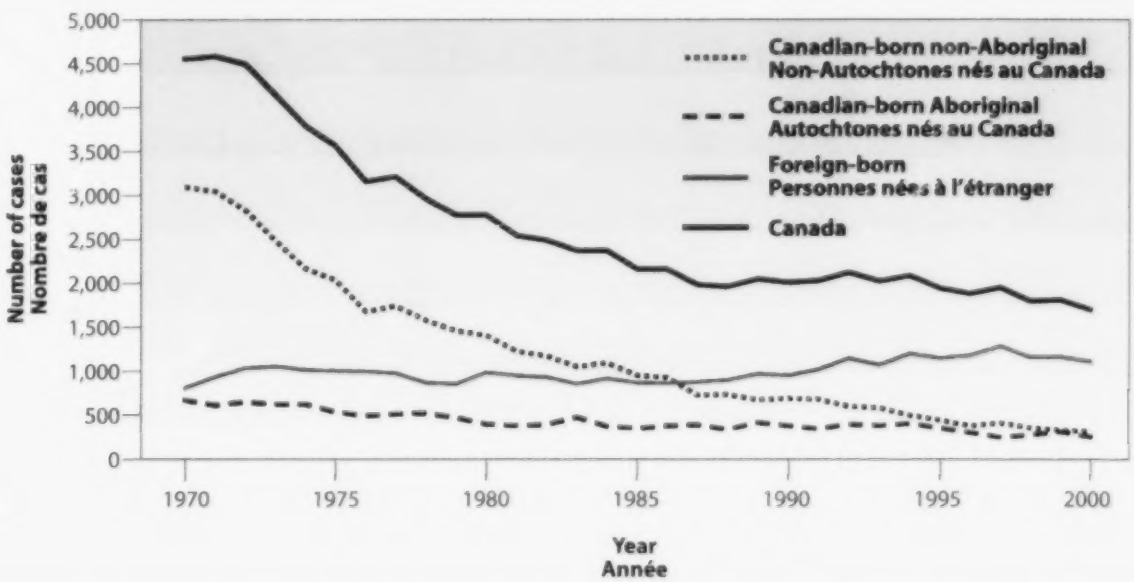


Figure 3. TB cases in Canada, 1970–2000

Figure 3. Cas de tuberculose au Canada, 1970–2000



The composition of TB cases in foreign-born people reflects changing immigration patterns and trends. Over time, the majority of foreign-born cases have been diagnosed in individuals from the Western Pacific Region. The number of cases of European

L'origine ethnique des cas de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger reflète les changements survenus dans les tendances et profils d'immigration. Avec le temps, la région du Pacifique occidental est devenue le lieu d'origine de la majorité des cas diagnostiqués chez les personnes nées à l'étranger. Le

Figure 4. Incidence of TB among the foreign-born in Canada, 1st and 2nd year after arrival

Figure 4. Incidence de la tuberculose chez les Canadiens nés à l'étranger, la première et la deuxième années après leur arrivée

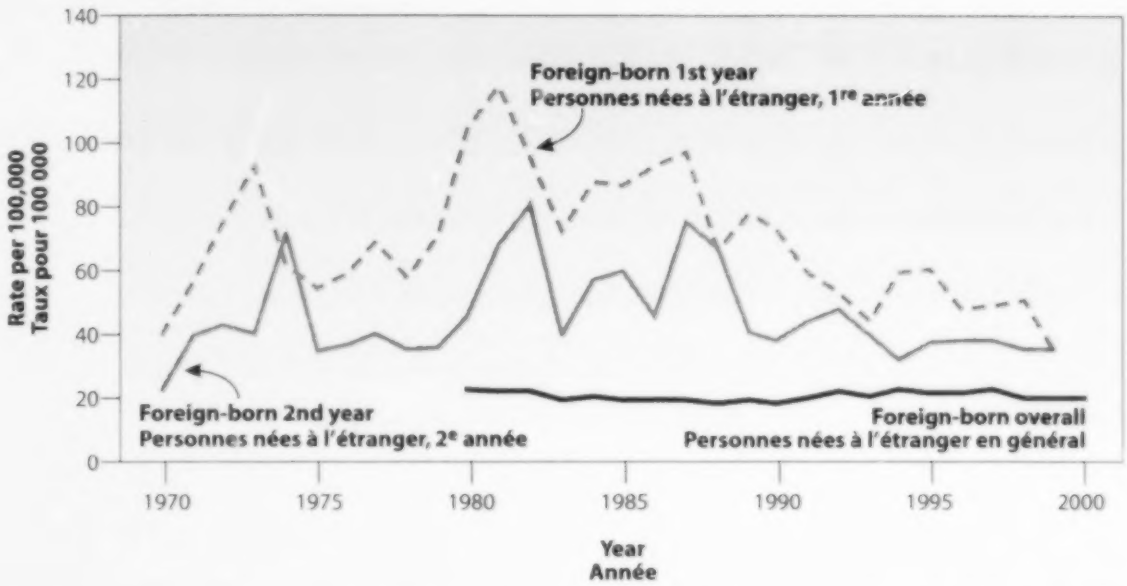
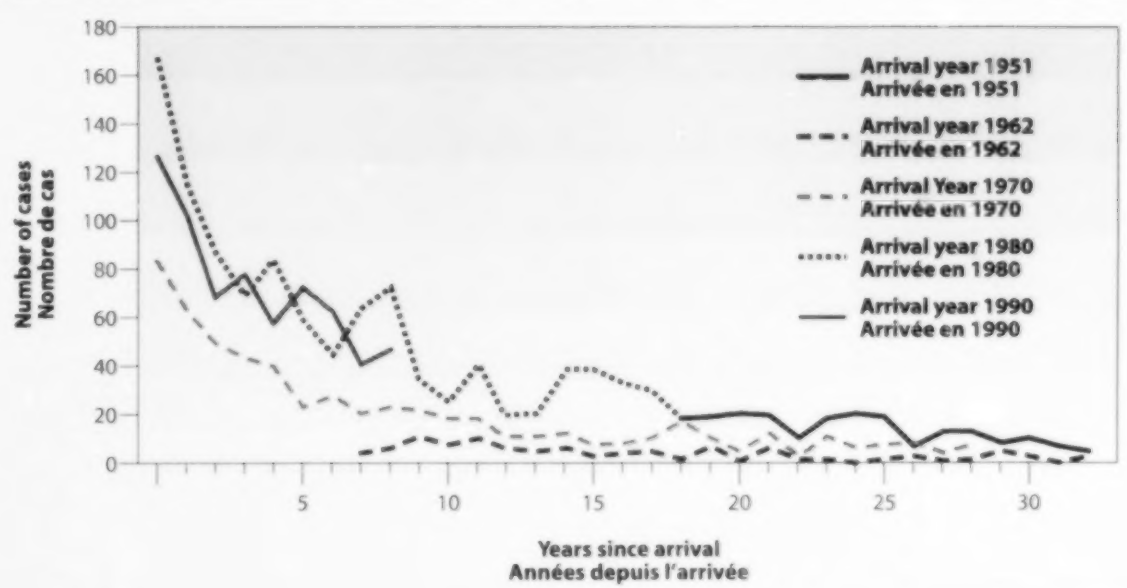


Figure 5. Foreign-born TB cases by year of arrival in Canada

Figure 5. Cas de tuberculose nés à l'étranger selon le nombre d'années écoulées depuis l'arrivée au Canada

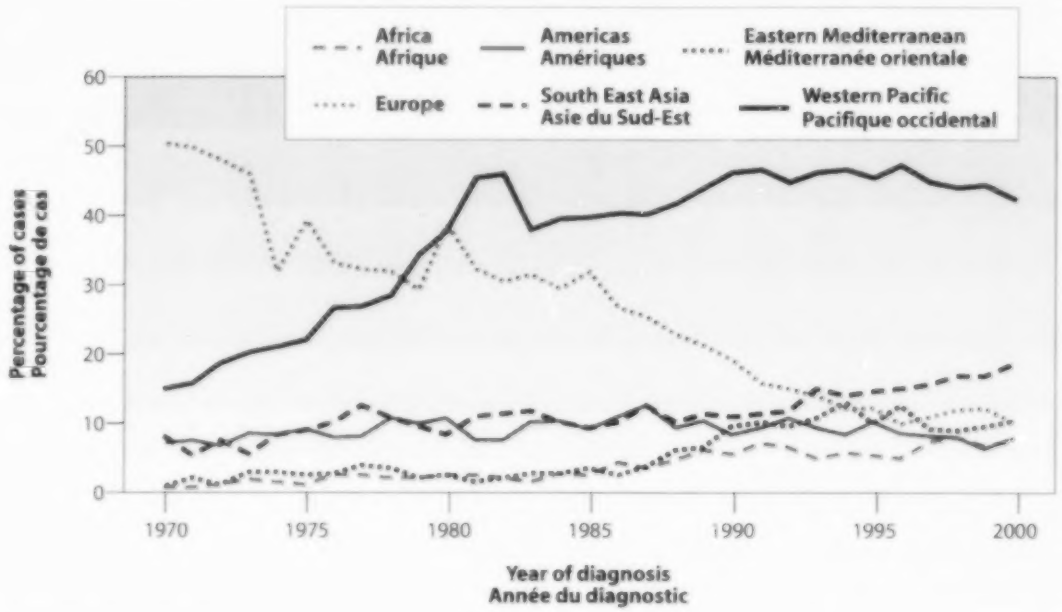


origin have fallen off dramatically, whereas there is an increasing trend in the reporting of cases from South East Asia and Africa (Figure 6).

nombre de cas d'origine européenne a chuté considérablement, alors qu'on notait une tendance à la hausse dans le nombre de cas en provenance de l'Asie du Sud-Est et de l'Afrique (figure 6).

Figure 6. Foreign-born TB cases by WHO region

Figure 6. Cas de tuberculose nés à l'étranger selon la région de l'OMS



Geographic Distribution

The majority of foreign-born individuals (90%) settle in the provinces of British Columbia, Ontario and Quebec. Correspondingly, in 2000, these three provinces accounted for 87% of foreign-born cases (1,007 of 1,157 cases).

Demographic Characteristics

The median age of foreign-born TB cases was 39 years (landed immigrants, 50 years; refugees, 30 years; and other non-residents, 38 years), as compared with a median age of 27 years in Canadian-born Aboriginal cases and 59 years in Canadian-born non-Aboriginal cases.

No significant difference was observed between the number of cases reported in males and females (51% and 49% respectively).

Clinical Characteristics

The rate of smear positive pulmonary TB in this population in 2000 was 6.1 per 100,000, and such cases accounted for 31% of all pulmonary TB reported in the foreign-born. No increased proportion of smear positive pulmonary cases was seen among the foreign-born population (50% of pulmonary cases) as compared with the Canadian-born population (55%).

The foreign-born accounted for a large percentage (66%) of the extrapulmonary TB reported in Canada, and the majority of such cases in the foreign-born were diagnosed as peripheral lymph node disease. About 80% of the peripheral lymph node disease reported in Canada occurred in the foreign-born, and this clinical picture was seen predominantly in individuals from the Western Pacific Region.

Répartition géographique

La majorité des personnes nées à l'étranger (90 %) se sont installées dans les provinces de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Québec. En conséquence, 87 % des cas nés à l'étranger (1 007 sur 1 157) provenaient de ces trois provinces en 2000.

Caractéristiques démographiques

L'âge médian des cas de tuberculose était de 39 ans chez les personnes nées à l'étranger (immigrants reçus, 50 ans – réfugiés – 30 ans et autres non-résidents – 38 ans) comparativement à 27 ans chez les Autochtones nés au Canada et à 59 ans chez les non-Autochtones nés au Canada.

Aucune différence importante n'a été relevée dans le nombre de cas entre les hommes et les femmes (51 % et 49 %, respectivement).

Caractéristiques cliniques

Le taux de tuberculose pulmonaire à frottis positif dans cette population était de 6,1 pour 100 000 en 2000, soit 31 % de tous les cas signalés chez les personnes nées à l'étranger. La proportion de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif n'était pas plus élevée chez les Canadiens nés à l'étranger (50 % des cas de tuberculose pulmonaire) comparativement à la population née au Canada (55 %).

Un fort pourcentage (66 %) des cas de tuberculose extrapulmonaire déclarés au Canada était né dans un autre pays. La majorité d'entre eux souffraient d'une tuberculose des ganglions périphériques. En fait, 80 % des cas de tuberculose des ganglions périphériques signalés au Canada étaient nés à l'étranger et cette forme d'atteinte était la plus répandue chez les personnes en provenance de la région du Pacifique occidental.

An increasing proportion of TB cases among Canadian-born and foreign-born are being treated with three or more anti-TB drugs (foreign-born in 1991, 51% and in 2000, 68%; Canadian-born in 1991, 54% and in 2000, 68%).

Of all cases of TB reported, 11% were resistant to one or more drugs, and 1% were multi-drug resistant. The vast majority of drug resistant TB in Canada was reported in the foreign-born population. Of all drug resistant cases reported during 2000, 81% were in the foreign-born, as were 85% of multi-drug resistant TB (MDR-TB) cases. Overall, foreign-born cases were four times more likely to be drug resistant and six times more likely to be multi-drug resistant then the Canadian-born.

Discussion

Why the Shift?

A highly significant factor in the increased proportion of TB cases among foreign-born people is the changing trend in countries of origin of migrants to Canada. More than 90% of all cases of TB in the world occur in developing countries. The WHO indicates that more than 85% of refugees originate from regions of the world with high tuberculosis rates[2]. Immigration has been increasing in Canada, and the majority of immigrants and refugees come from countries with incidence and prevalence rates of TB up to 20 times higher than in Canada.

Furthermore, although screening for active TB disease of most immigrant and refugee populations is mandatory, a large percentage of disease develops after arrival in Canada. Most TB cases in foreign-born people are likely the result of reactivation of remotely acquired infection[3,4].

Risk to Canadians

In general, even though the proportion of TB in the foreign-born population has increased, significant transmission to people born in Canada has not been commonly reported[5]. It has been hypothesized that the reasons for this lack of transmission are the mandatory screening for TB disease at the time of immigration, medical surveillance of those admitted with inactive TB, delayed integration of the migrant population, and adequate treatment of cases.

Summary

Increasingly, reducing the burden of TB disease in Canada will depend on controlling the disease in foreign-born people. The foreign-born have a greatly elevated risk of TB disease within the first 2 years after arrival, but the risk of developing TB is still present for many years afterwards. Drug resistant TB is seen predominantly in this population but has not yet become a problem in Canada.

Directions

Although eliminating TB in the foreign-born presents challenges and requires a flexible approach, the priorities and guidelines put forward in the National TB Elimination Strategy[6] remain the same:

1. finding people with active disease and ensuring that treatment is complete;

Une proportion croissante de cas de tuberculose chez les personnes nées au Canada et à l'étranger sont traités au moyen de trois médicaments antituberculeux ou plus (personnes nées à l'étranger 1991 – 51 %; 2000 – 68 %; nées au Canada 1991 – 54 %; 2000 – 68 %).

Parmi tous les cas de tuberculose signalés, 11 % présentaient une résistance à un ou plusieurs médicaments, et 1 % une multirésistance. La grande majorité des cas de tuberculose pharmacorésistante recensés au Canada étaient nés dans un autre pays. Parmi tous les cas de tuberculose pharmacorésistante signalés au Canada en 2000, 81 % des cas de pharmacorésistance et 85 % des cas de tuberculose multirésistante étaient nés à l'étranger. Dans l'ensemble, les cas nés à l'étranger étaient quatre fois plus nombreux à présenter une résistance aux médicaments et six fois plus nombreux à souffrir d'une tuberculose multirésistante que les personnes nées au Canada.

Analyse

Pourquoi un tel changement?

Les changements dans les tendances relatives au pays d'origine des migrants au Canada ont contribué de façon très importante à la hausse du nombre de cas de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger. Plus de 90 % de tous les cas de tuberculose dans le monde surviennent dans les pays en développement. L'OMS indique que plus de 85 % des réfugiés proviennent de régions du monde où les taux de tuberculose sont élevés[2]. L'immigration ne cesse d'augmenter au Canada, notamment en provenance de pays où l'incidence et la prévalence de la tuberculose sont jusqu'à 20 fois plus élevés qu'au Canada.

En outre, bien que le dépistage de la tuberculose active chez la plupart des immigrants et des réfugiés soit obligatoire, la maladie n'apparaît bien souvent qu'après l'arrivée au Canada. La plupart des cas de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger résultent probablement d'une réactivation d'une infection contractée dans un autre pays[3,4].

Risque pour les Canadiens

En général, même si l'on observe une proportion accrue de cas de tuberculose chez les personnes nées à l'étranger, la transmission à des personnes nées au Canada n'est pas importante[5]. Cette absence de transmission serait due, croit-on, au dépistage obligatoire de la tuberculose au moment de l'immigration, à la surveillance médicale des personnes admises qui souffrent de tuberculose inactive, à l'intégration retardée des migrants et au traitement adéquat des cas.

Résumé

De plus en plus, il faudra compter sur le contrôle de la maladie chez les personnes nées à l'étranger pour réduire le fardeau de la tuberculose au Canada. Les personnes nées à l'étranger risquent fortement de développer une tuberculose dans les 2 premières années suivant leur arrivée, mais ce risque demeure présent pendant de nombreuses années par la suite. C'est surtout dans cette population qu'on retrouve les cas de tuberculose pharmacorésistante, mais ce problème n'est pas encore devenu préoccupant au Canada.

Orientations

Bien que l'élimination de la maladie chez les personnes nées à l'étranger présente des difficultés et requière une approche assez flexible, les priorités et les lignes directrices mises de l'avant dans la Stratégie nationale d'élimination de la tuberculose[6] demeurent les mêmes :

1. Trouver les personnes souffrant de la maladie active et veiller à ce qu'elles terminent leur traitement

2. tracing the contacts of those with active disease and evaluating each contact's status regarding TB disease and infection;

3. screening people at high risk of infection, offering preventive therapy, and ensuring that such therapy is completed.

Acknowledgements

Special thanks to Ms. Dena Schanzer, Modeling and Projections Division, Health Canada, for assistance with the analyses required for this report.

References

1. *Canadian tuberculosis standards*. 5th ed. Ottawa: Canadian Lung Association, 2000.
2. World Health Organization. *WHO report on the tuberculosis epidemic 2001*. Geneva: Global TB Programme, 2001.
3. Small PM, Hopewell PC, Singh SP et al. *The epidemiology of tuberculosis in San Francisco: a population-based study using conventional and molecular methods*. N Engl J Med 1994;330:1703-09.
4. Borgdorff MW, Behr MA, Nagelkerke NJ et al. *Transmission of tuberculosis in San Francisco and its association with immigration and ethnicity*. Int J Tuberc Lung Dis 2000;4:287-94.
5. Menzies D, Chan CH, Vissandjee B. *Impact of immigration on tuberculosis infection among Canadian-born schoolchildren and young adults in Montreal*. Am J Respir Crit Care Med 1997;156:1915-21.
6. Health Canada. *Proceedings of the national consensus conference on tuberculosis, December 3-5, 1997*. CCDR 1998;24S2.

The Executive Summary and Tuberculosis Among the Foreign-Born in Canada, prepared by Ms. Melissa Phypers, Senior Epidemiologist, Tuberculosis and Bacterial Respiratory Diseases, Health Canada, were taken from *Tuberculosis in Canada 2000*, a soon to be released annual report that will also be available online at the website given below.

For further information on tuberculosis in Canada, please visit Health Canada's Division of Immunization and Respiratory Diseases website at: <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/dird-dimr/policypubs_e.html#tb>.

Members of the Canadian Tuberculosis Committee: Dr. V. Hoeppner (Chair); Dr. M. Baikie; Dr. C Balram; Ms. C. Case; Dr. E. Ellis (Executive Secretary); Dr. R.K. Elwood (Past Chair); Ms. P. Gaba; Dr. B. Graham; Dr. B. Gushulak; Ms. C. Helmsley; Dr. E.S. Hershfield; Ms. R. Hickey; Dr. A. Kabani; Dr. B. Kawa; Dr. R. Long; Dr. F. Stratton; Ms. N. Sutton; Dr. L. Sweet; Dr. T.N. Tannenbaum.

2. Retracer les contacts des personnes souffrant de la maladie active et vérifier la présence de la tuberculose-maladie ou de la tuberculose-infection chez chacun de ces contacts

3. Effectuer un dépistage chez les personnes à risque élevé d'infection, offrir un traitement prophylactique et veiller à ce que ce traitement soit mené à bien.

Remerciements

Nous tenons à remercier Mme Dena Schanzer, Division de la modélisation et de la projection, Santé Canada, pour son aide dans l'analyse des données.

Références

1. *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*. 5e éd. Ottawa : l'Association pulmonaire du Canada, 2000.
2. Organisation mondiale de la Santé. *WHO report on the tuberculosis epidemic 2001*. 2001. Genève, Suisse, Programme mondial de lutte contre la tuberculose, 2001.
3. Small PM, Hopewell PC, Singh SP et coll. *The epidemiology of tuberculosis in San Francisco. A population-based study using conventional and molecular methods*. N Engl J Med 1994;330:1703-9.
4. Borgdorff MW, Behr MA, Nagelkerke NJ et coll. *Transmission of tuberculosis in San Francisco and its association with immigration and ethnicity*. Int J Tuberc Lung Dis 2000;4:287-94.
5. Menzies D, Chan CH, Vissandjee B. *Impact of immigration on tuberculosis infection among Canadian-born schoolchildren and young adults in Montreal*. Am J Respir Crit Care Med 1997;156:1915-21.
6. Santé Canada. *Compte rendu de la Conférence nationale de concertation sur la tuberculose, 3 au 5 décembre 1997*. RMTC 1998;24S2.

Le sommaire et La tuberculose chez les Canadiens nés à l'étranger ont été préparé par Mme Melissa Phypers, épidémiologiste principale de la Section de la tuberculose et maladies respiratoires bactériennes, Santé Canada. Ces documents sont tirés du rapport annuel, *La tuberculose au Canada 2000*, qui sera disponible prochainement. Le rapport sera aussi accessible électroniquement à l'adresse Web ci-dessous.

Pour de plus amples renseignements veuillez vous rendre au site Web de la Division de l'immunisation et des maladies respiratoires de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/dird-dimr/policypubs_f.html#tb>.

Membres du Comité canadien de lutte antituberculeuse : Dr V. Hoeppner (président); Dr M. Baikie; Dr C. Balram; Mme C. Case; Dr E. Ellis (secrétaire exécutif); Dr R.K. Elwood (ancien président); Mme P. Gaba; Dr B. Graham; Dr B. Gushulak; Mme C. Helmsley; Dr E.S. Hershfield; Mme R. Hickey; Dr A. Kabani; Dr B. Kawa; Dr R. Long; Dr F. Stratton; Mme N. Sutton; Dr L. Sweet; Dr T.N. Tannenbaum.

HEALTH CANADA - SANTÉ CANADA

Notifiable Diseases Summary (Preliminary) - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire (provisoire)

New Cases Report from 1 April to 30 June 2002 - Nouveaux cas déclarés du 1er avril au 30 juin 2002

Disease / Maladie	ICD-9 / CIM-9	Canada-			Newfoundland / Terre-Neuve			Prince Edward Island / Île-du-Prince-Édouard			Nova Scotia / Nouvelle-Écosse			New Brunswick / Nouveau-Brunswick			Quebec / Québec			Ontario		
		A-J / a-j	J-J/02 / j-j/02	J-J/01 / j-j/01	A-J / a-j	J-J/02 / j-j/02	J-J/01 / j-j/01	A-J / a-j	J-J/02 / j-j/02	J-J/01 / j-j/01	A-J / a-j	J-J/02 / j-j/02	J-J/01 / j-j/01	A-J / a-j	J-J/02 / j-j/02	J-J/01 / j-j/01	A-J / a-j	J-J/02 / j-j/02	J-J/01 / j-j/01	A-J / a-j	J-J/02 / j-j/02	J-J/01 / j-j/01
Acute Flaccid Paralysis - Paralysie flasque grave	045	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
AIDS - Sida**	042-044	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Botulism - Botulisme	5.1	1	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	-	-	-
Brucellosis - Brucellose	23	2	2	4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1	1	1	1	1
Campylobacteriosis - Campylobactériose	008.41*	2034	3906	3606	7	16	35	7	14	5	29	69	47	28	74	64	381	868	831	890	1507	1347
Chickenpox - Varicelle	052	243	1129	2099	47	115	122	-	-	-	-	-	-	10	15	2	-	-	-	-	-	-
Chlamydia genital - Chlamydiose génitale	099.81*	8524	21359	18627	109	262	270	22	57	52	281	690	598	224	542	518	1597	4142	3595	2668	6580	5518
Cholera - Choléra	001	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Creutzfeld Jakob Disease - Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0461	..	11	20	..	-	-	..	-	-	..	-	1	..	1	-	..	1	6	..	7	10
Cryptosporidiosis - Cryptosporidiose	136.8	83	194	579	-	-	-	-	-	-	1	1	5	1	4	-	-	-	-	23	50	42
Cyclospora - Cyclospora		3	10	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diphtheria - Diphtérie	032	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Giardiasis - Giardiase	007.1	628	1519	1531	13	19	19	2	4	2	10	41	28	17	35	27	98	259	271	271	640	638
Gonococcal Infections - Infections gonococciques (1)	098	1054	2614	2456	2	6	-	-	-	-	36	76	26	2	8	4	145	362	276	413	1044	1043
Group B Streptococcal Disease in Neonates - Maladie streptococcique groupe B chez les nouveau-nés	038.0	18	50	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	18	8	9	31	22
Haemophilus influenzae B (all invasive) - (invasive) H.fl. Influenzae B (2)	1200.0,038.41*	7	18	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	2	4	5
Hantavirus Pulmonary Syndrome - Syndrome pulmonaire de l'hantavirus	480.8	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitis A - Hépatite A	070.0,070.1	44	159	172	-	-	3	-	-	-	-	3	3	-	1	2	6	34	40	9	35	59
Hepatitis B - Hépatite B	070.2,070.3	123	324	608	-	1	1	-	-	-	2	2	6	1	4	4	89	204	324	9	35	46
Hepatitis C - Hépatite C		2409	6183	5782	5	11	21	9	18	13	-	-	61	28	66	74	457	1227	860	769	1838	1657
Human Immunodeficiency Virus - Virus de l'immunodéficience humaine		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Invasive Group A Streptococcal Disease - Maladie streptococcique invasive groupe A	034,035.670	113	292	233	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	1	-	28	56	-	69	168	140
Invasive Pneumococcal Disease - Maladie pneumococcique invasive	481	216	542	666	3	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	132	334	406	-	-	-
Legionellosis - Légionellose	482.41	8	17	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	5	3	4	10	4
Leprosy - Lèpre	030	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malaria - Paludisme	084	77	132	147	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	2	2	24	33	56	33	62	60
Measles - Rougeole	055	-	7	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	4
Meningococcal Infections - Infections à méningocoques	036	45	107	185	2	7	1	-	-	-	1	1	6	-	-	11	15	34	57	15	30	51
Mumps - Oreillons	072	54	154	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6	3	6	1
Pertussis - Coqueluche	033	427	988	1108	-	-	-	-	-	4	14	39	20	7	10	18	95	333	260	68	117	152
Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubella - Rubéole	056	3	8	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	1	11
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salmonellosis - Salmonellose (3	003	797	2070	2106	6	22	15	4	9	6	37	79	55	13	35	44	149	414	388	323	776	841
Shigellosis - Shigellose	004	666	825	408	-	-	-	-	-	-	2	7	3	2	3	1	28	66	120	574	620	76
Syphilis, Congenital - Syphilis, congénitale	090	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syphilis, Early Latent - Syphilis, latente récente	092	26	54	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	8	11
Syphilis, Early Symptomatic - Syphilis, symptomatique récente	091	46	86	66	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	3	8	5	26	37	8
Syphilis, Other - Autres syphilis	090,092-097	55	149	144	-	-	-	-	-	-	2	3	-	-	-	4	1	8	13	28	76	70
Tetanus - Tétanos	037	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculosis - Tuberculose**	010-018	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Typhoid - Typhoïde	002.0	6	36	35	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	4	3	4	18	18
Verotoxigenic E. coli - E. coli vérocytotoxiques	008. 01*	263	360	418	-	1	1	-	-	3	1	2	12	1	2	6	88	113	131	66	95	102
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(1) Includes all 098 categories except 098.4.

(2) Includes buccal cellulitis or epiglottitis 464.3 in a child < 5 years with no other causative organisms isolated.

(3) Excludes Typhoid 002.0 and Paratyphoid 002.1 to 002.9.

* ICD-9 codes used in the list may be incomplete. All 5 digit codes are unofficial and are for CIDPC (formerly LCDC) surveillance purposes only.

.. May not represent national total if data from the provinces/territories are incomplete.

(1) Comprend toutes les rubriques 098, sauf 098.4.

(2) Comprend cellulite buccale ou épiglottite 464.3 chez un enfant < 5 ans chez qui aucun microorganisme causal n'a été isolé.

(3) Sauf typhoïde 002.0 et paratyphoïde 002.1 à 002.9.

* Les codes de la CIM-9 figurant dans la liste ne sont peut-être pas complets. Quant aux codes à 5 chiffres, ils ne sont pas officiels, ayant été établis uniquement aux fins de la surveillance du CPCMI (anciennement LLCM).

.. Il se peut que ce chiffre ne représente par le total national si les données provenant des provinces/territoires sont incomplètes.

Notifiable Diseases Summary (Preliminary) (Concluded) - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire (provisoire) (fin)
New Cases Report from 1 April to 30 June 2002 - Nouveaux cas déclarés du 1er avril au 30 juin 2002

Disease / Maladie	ICD-9 / CIM-9	Manitoba			Saskatchewan			Alberta			British Columbia / Colombie-Britannique			Yukon			Northwest Territories / Territoire du Nord-ouest			Nunavut		
		A-J / a-j	J-J/02 / j-j/02	J-J/01 / j-j/01	A-J / a-j	J-J/02 / j-j/02	J-J/01 / j-j/01	A-J / a-j	J-J/02 / j-j/02	J-J/01 / j-j/01	A-J / a-j	J-J/02 / j-j/02	J-J/01 / j-j/01	A-J / a-j	J-J/02 / j-j/02	J-J/01 / j-j/01	A-J / a-j	J-J/02 / j-j/02	J-J/01 / j-j/01	A-J / a-j	J-J/02 / j-j/02	J-J/01 / j-j/01
Acute Flaccid Paralysis - Paralysie flasque grave	045	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
AIDS - Sida**	042-044	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Botulism - Botulisme	005.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Brucellosis - Brucellose	023	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Campylobacteriosis - Campylobactériose	008.41*	26	61	91	47	93	83	231	428	409	387	795	686	-	-	3	1	3	4	-	-	1
Chickenpox - Varicelle	052	-	-	-	-	-	-	164	909	1917	-	-	-	7	28	3	6	9	20	9	53	35
Chlamydia genital - Chlamydiose génitale	099.81*	476	1161	1337	569	1463	1274	1233	3056	2652	1102	2763	2316	26	58	49	95	218	205	122	367	243
Cholera - Choléra	001	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Creutzfeld Jakob Disease - Maladie de Creutzfeldt-Jakob	0461	..	..	..	..	..	..	..	2	1	..	-	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Cryptosporidiosis - Cryptosporidiose	136.8	4	12	20	7	14	389	31	53	72	16	60	50	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Cyclospora - Cyclospora		-	-	-	-	-	1	-	-	-	3	10	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diphtheria - Diphtérie	032	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Giardiasis - Giardiase	007.1	25	47	44	31	79	53	71	146	154	87	261	288	-	3	2	2	3	4	1	2	1
Gonococcal Infections - Infections gonococciques (1)	098	79	185	310	93	220	163	154	379	282	107	257	239	1	8	3	13	41	71	9	28	39
Group B Streptococcal Disease in Neonates - Maladie streptococcique groupe B chez les nouveau-nés	038.0	-	-	-	1	1	5	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haemophilus influenzae B (all invasive) - (invasive) à H. Influenzae B (2)	3200.0,038.41*	-	1	3	3	6	2	-	1	-	-	2	4	-	-	-	-	-	-	1	2	4
Hantavirus Pulmonary Syndrome - Syndrome pulmonaire de l'hantivirus	480.8	-	-	-	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatitis A - Hépatite A	070.0,070.1	4	9	3	2	5	6	6	19	17	17	52	38	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Hepatitis B - Hépatite B	070.2,070.3	-	1	-	6	22	10	10	27	22	5	26	189	-	-	-	-	-	-	1	2	6
Hepatitis C - Hépatite C		67	217	362	139	313	271	190	515	774	729	1936	1640	5	16	19	8	21	21	3	3	9
Human Immunodeficiency Virus - Virus de l'immunodéficience humaine		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Invasive Group A Streptococcal Disease - Maladie streptococcique invasive groupe A	034,035,670	-	-	-	4	12	22	11	50	69	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	2
Invasive Pneumococcal Disease - Maladie pneumococcique invasive	481	13	41	30	20	38	14	43	111	170	4	11	31	-	-	1	1	1	4	-	-	4
Legionellosis - Légionellose	482.41	-	1	-	..	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leprosy - Lèpre	030	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malaria - Paludisme	084	5	7	1	-	1	4	5	6	7	8	18	17	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Measles - Rougeole	055	-	1	-	-	-	-	-	4	3	-	2	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meningococcal Infections - Infections à méningocoques	036	-	5	9	-	-	3	4	18	26	6	12	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mumps - Oreillons	072	1	1	2	2	5	-	46	136	2	2	5	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pertussis - Coqueluche	033	7	13	5	45	101	206	37	87	134	154	281	309	-	-	-	-	6	-	-	1	-
Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubella - Rubéole	056	-	-	-	-	2	-	1	2	2	2	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salmonellosis - Salmonellose (3	003	38	88	70	14	59	87	98	296	340	107	275	260	1	2	-	2	5	-	5	10	-
Shigellosis - Shigellose	004	1	4	8	2	4	7	24	36	54	33	81	137	-	4	-	-	-	1	-	-	1
Syphilis, Congenital - Syphilis, congénitale	090	-	-	-	-	2	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syphilis, Early Latent - Syphilis, latente récente	092	-	1	-	1	1	1	-	2	-	19	42	23	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Syphilis, Early Symptomatic - Syphilis, symptomatique récente	091	-	1	-	-	1	1	2	2	5	14	36	35	-	-	12	-	-	-	-	-	-
Syphilis, Other - Autres syphilis	090,092-097	-	-	1	-	-	-	8	17	9	16	45	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tetanus - Tétanos	037	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculosis - Tuberculose**	010-018	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Typhoid - Typhoïde	002.0	-	-	1	-	-	-	1	4	3	-	9	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Verotoxigenic E. coli - E. coli vérotoxigènes	008..01*	21	28	15	9	12	16	49	66	85	28	40	47	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

SYMBOLS

.. Not reportable
.. Not available
- No cases reported

SIGNES

.. À déclaration non obligatoire
.. Non disponible
- Aucun cas déclaré

SOURCE

Division of Disease Surveillance
Centre for Infectious Disease Prevention and Control
Health Canada
Ottawa, Ontario K1A 0L2
Tel.: (613) 957-0334

SOURCE

Division de surveillance des maladies
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses
Santé Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Tél.: (613) 957-0334

** Due to inconsistency in reporting, AIDS and tuberculosis cases will not be shown in the report. They will be included in the report at the end of the year when AIDS and tuberculosis numbers have been finalized.
Les cas de sida et de tuberculose n'apparaîtront pas dans le rapport à cause de rapports incohérents. Ils seront ajoutés au rapport de fin d'année une fois que les chiffres associés au sida et à la tuberculose auront été compilés adéquatement.

A-J = April to June. J-J = January to June. a-j = avril à juin. j-j = janvier à juin.

ERRATUM

GASTROINTESTINAL OUTBREAKS ASSOCIATED WITH NORWALK VIRUS IN RESTAURANTS IN VANCOUVER, BRITISH COLUMBIA

VOL. 28, NO. 24, 15 DECEMBER, 2002

On page 200 of this article, the arrow indicating the 200 bp marker in Figure 1 should have been placed as indicated in the following revised figure:

ERRATUM

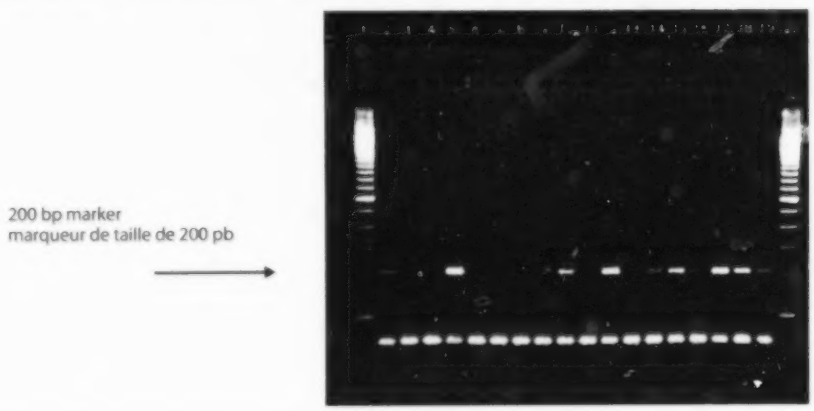
ÉCLOSIONS DE CAS DE MALADIE GASTRO-INTESTINALE ASSOCIÉE AU VIRUS NORWALK DANS DES RESTAURANTS DE VANCOUVER, COLOMBIE-BRITANNIQUE

VOL. 28, NO. 24, LE 15 DÉCEMBRE 2002

À la page 200 de cet article, la flèche indiquant le marqueur de taille de 200 pb à la figure 1 aurait due être placée comme l'indique la figure rectifiée qui suit :

Figure 1. Lanes 1 and 20 are 100 bp ladders (bright band at 600 bp). RT-PCR and extraction positive and negative controls are in lanes 2 to 7. Lanes 8 to 12 are RT-PCR products of clinical fecal samples submitted from five diners at the East Indian vegetarian buffet, of which three (lanes 9, 10, 12) are NLV. Lanes 13 to 17 are the same RT-PCR products as in lanes 8-12 respectively spiked with positive control NLV RNA to rule out inhibition.

Figure 1. Les couloirs 1 et 20 sont des échelles de 100 paires de base (100 pb) (bande plus intense à 600 pb). Contrôles positifs et négatifs par RT-PCR et par extraction dans les couloirs 2 à 7. Les couloirs 8 à 12 sont des produits de la RT-PCR d'échantillons cliniques de selles soumis par 5 clients du buffet végétarien indien, dont 3 (couloirs 9, 10, 12) sont des VSN. Les couloirs 13 à 17, respectivement, sont les mêmes produits de la RT-PCR qu'aux couloirs 8 à 12, dopés avec des contrôles positifs pour l'ARN du VSN afin d'exclure la possibilité d'une inhibition.



The revised figure also appears in the web version of this article.

La figure rectifiée a également été insérée dans la version Web de l'article.

ANNOUNCEMENT

NEW CCDR SUPPLEMENTS

The following supplements to the CCDR have recently been published:

- ***Blood-borne Pathogens Routine Surveillance System Report***
  28S2, July 2002
- ***Blue Ribbon Committee on Bloodborne Parasitic Diseases***
  28S3, September 2002
- ***Proceedings of a Meeting of the Expert Advisory Group on Rubella in Canada***
  28S4, September 2002

ANNONCE

DE NOUVEAUX SUPPLÉMENTS AU RMTC

Le RMTC a récemment publié les suppléments suivants :

- ***Rapport du Système de surveillance courante des pathogènes à diffusion hématogène***
  28S2, juillet 2002
- ***Comité d'experts sur les maladies parasitaires à diffusion hématogène***
  28S3, septembre 2002
- ***Rapport d'une réunion du Comité consultatif d'experts sur la rubéole au Canada***
  28S4, juillet 2002

- ***Infection Control Guidelines - Classic Creutzfeldt-Jakob Disease in Canada***
  2855, November 2002
- ***Functional Standards and Minimum (Core) Data Sets for a National Immunization Registry Network and Vaccine Associated Adverse Events Surveillance System***
  2856, December 2002

Copies of these supplements can be purchased from the Canadian Medical Association by contacting the **Member Service Centre, Canadian Medical Association, 1867 Alta Vista Drive, Ottawa, ON, Canada K1G 3Y6, Tel. (613) 731-8610, ext. 2307, or 888-855-2555 (toll free in Canada and the U.S.); or by FAX: (613) 236-8864.**

The price per copy (including shipping and handling and GST) for each of the supplements may vary. Discounts are available when ordering multiple copies.

These publications can also be accessed electronically via Internet using a Web browser at:

<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc/01vol28/index.html>.

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

The Canada Communicable Disease Report (CCDR) presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available through subscription. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. Health Canada does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcome (in the official language of your choice) from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Eleanor Paulson, Editor-in-Chief, (613) 957-1788
Marion Pogson, Editor, (613) 954-5333
Nicole Beaudoin, Assistant Editor, (613) 957-0841
Robert Friedman, Desktop Publishing

Submissions to the CCDR should be sent to the:
Editor
Population and Public Health Branch
Scientific Publication and Multimedia Services
130 Colonnade Rd, A.L. 6501G
Ottawa, Ontario K1A 0K9

To subscribe to this publication, please contact:
Canadian Medical Association
Member Service Centre
1867 Alta Vista Drive, Ottawa, ON Canada K1G 3Y6
Tel. No.: (613) 731-8610 Ext. 2307 or (888) 855-2555
FAX: (613) 236-8864

Annual subscription: $96 (plus applicable taxes) in Canada; $126 (U.S.) outside Canada.

This publication can also be accessed electronically via Internet using a Web browser at <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc>.

(On-line) ISSN 1481-8531

Publications Mail Agreement No. 40064383

© Minister of Health 2003

- ***Guide de prévention des infections - La maladie de Creutzfeldt-Jakob classique au Canada***
  2855, novembre 2002
- ***Normes fonctionnelles et ensembles de données minimales (de base) pour un Réseau national de registres d'immunisation et un Système de surveillance des effets secondaires associés aux vaccins***
  2856, décembre 2002

On peut se procurer des exemplaires de ces suppléments auprès de l'Association médicale canadienne en communiquant par écrit avec le **Centre de services aux membres, Association médicale canadienne, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario), Canada K1G 3Y6. On peut aussi les commander par téléphone en composant le (613) 731-8610, poste 2307, ou le 888-855-2555 (service sans frais au Canada et aux États-Unis), ou par télécopieur, en composant le (613) 236-8864.**

Le prix de chacun des suppléments peut varier et comprend les frais d'expédition et de manutention ainsi que la TPS. Les personnes qui commandent de multiples exemplaires pourront bénéficier d'une remise.

Ces publications sont également accessibles sur Internet par le biais de l'explorateur Web, à l'adresse suivante :

<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc/01vol28/index.f.html>.

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Eleanor Paulson, Rédactrice en chef, (613) 957-1788
Marion Pogson, Rédactrice, (613) 954-5333
Nicole Beaudoin, Rédactrice adjointe, (613) 957-0841
Robert Friedman, Éditique

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à :
Rédactrice
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Services de publications scientifiques et multimédias, 130, rue Colonnade, I.A. 6501G
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Association médicale canadienne
Centre des services aux membres
1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario), Canada K1G 3Y6
N° de tél. : (613) 731-8610 Poste 2307 ou (888) 855-2555
FAX : (613) 236-8864

Abonnement annuel : 96 $ (et frais connexes) au Canada; 126 $ US à l'étranger.

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, à <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/ccdr-rmtc>.

(En direct) ISSN 1481-8531

Poste-publications n° de la convention 40064383

© Ministre de la Santé 2003